

REPORTE PARA MEDI-CAL DE LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA

ATENCIÓN: LA LEY ESTATAL AHORA REQUIERE QUE USTED LLENE EL REPORTE SOBRE EL ESTADO DE SU MEDI-CAL A MEDIADIOS DEL AÑO.

**TIENE QUE REGRESAR EL REPORTE PARA EL DÍA: _____
PARA MANTENER SU MEDI-CAL.**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Fecha de notificación: _____ Número del caso: _____ Nombre del trabajador: _____ Número del trabajador: _____ Número de telefono del trabajador: _____ Horario de oficina: _____
---	---

Si las personas de su familia que reciben Medi-Cal sólo son personas de edad avanzada, están ciegas, o incapacitadas o son personas menores de 21 años, y/o mujeres embarazadas con la elegibilidad limitada a los beneficios de embarazo, **no tiene que llenar ni mandar este reporte.**

Si necesita ayuda para llenar este reporte, llame a su trabajador de Medi-Cal. El nombre del trabajador de Medi-Cal y su número de teléfono aparecen arriba.

SECCIÓN 1—NO HAY CAMBIOS EN EL REPORTE

Si en los últimos **6 meses** no ha tenido cambios en la Sección 2, marque esta caja.

NO HAY CAMBIOS

- No llene la Sección 2. Váyase directamente a la Sección 3.
- **Firme y ponga** la fecha al otro lado de esta página en la Sección 3 del reporte. Tiene que mandar el reporte en el sobre proveído con el domicilio y el franqueo pagado para la fecha que aparece arriba en esta página.

CAMBIOS QUE REPORTAR

Si en los últimos **6 meses** usted tiene cambios que reportar, tiene que llenar la Sección 2 y la Sección 3.

- En la Sección 2, por cada uno de los cambios que haya tenido, marque la caja “Sí” y explique el cambio.
- No mande ningún tipo de documentación con esta forma.
- Vaya a la Sección 3, firme y ponga la fecha en este reporte. Tiene que regresar el reporte en el sobre proveído con el domicilio y el franqueo pagado para la fecha que aparece arriba en esta página.

RECUERDE QUE TIENE QUE FIRMAR AL OTRO LADO DE ESTA PÁGINA.



NO MANDE NINGÚN TIPO DE DOCUMENTACIÓN CON ESTA FORMA

SECCIÓN 2

Marque "Sí" para todos los cambios y explique.

Cambios en los Ingresos

Sí

¿Los ingresos de su hogar disminuyeron o incrementaron? ¿Alguien en su hogar mayor de 14 años comenzó o dejó su trabajo? Por ejemplo: salario por hora, recibió mantenimiento para hijos, beneficios de desempleo, propinas, beneficios de gobierno, reembolso de impuestos, regalos, etc. **Por favor explique:**

Cambios en los Gastos Pagados

Sí

¿Ha tenido cambios en las cantidades que paga por los servicios de cuidado de niños, seguro médico, mantenimiento para hijos ordenado por la corte, o gastos educacionales? **Por favor explique:**

Cambios en el Hogar

Sí

¿Alguien se mudó a su hogar o se mudó de su hogar? (por ejemplo: nació un niño, un miembro de su hogar se casó, etc.) Si su respuesta es "Sí," ¿Ellos quieren Medi-Cal? Sí No **Por favor explique:**

Otros Cambios

Sí

¿Alguien en su hogar tuvo un cambio con la cantidad de su propiedad que él/ella tiene, (por ejemplo, dinero en cuentas bancarias, vehículos, bienes raíces, etc.) su estado migratorio, u otros beneficios de seguro salud? **Por favor explique:**

Incapacidad

Sí

¿Alguien en su hogar está incapacitado?
¿Si su respuesta es "Sí"? ¿Quién?

Embarazo

Sí

¿Alguien en su hogar está embarazada?
¿Si su respuesta es "Sí"? ¿Quién?
¿Si su respuesta es "Sí"? ¿Cual es la fecha estimada del parto?

SECCIÓN 3

TIENE QUE ESTAR COMPLETA

Firma y Certificación

Yo entiendo que tengo que reportar todos los cambios de ingreso, propiedad, y/u otros cambios al condado. Yo declaro bajo pena de perjurio que toda la información proveída arriba es verdadera y correcta.

Firma	Teléfono ()	Fecha
Firma del testigo (si la persona firmó con una marca)	Teléfono ()	Fecha
Firma de la persona que esta actuando como representante por beneficiario	Relación al beneficiario	Fecha